

5. Hvordan er høringsinnspillet forankret? *

- ☐ Politisk ledelse
- ☒ Administrativ ledelse
- ☒ Faglig ledelse
- ☐ Annet/ikke relevant

Fremhevede spørsmål

6. I hvilken grad vurderer du/dere at ambulant spesialisthelseteam kan bidra til å redusere forekomsten av alvorlig vold og overgrep blant barn og unge med høy risiko for å skade andre? *

	I liten grad	I stor grad	Vet ikke
Spørsmål	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

7. Utdyp svaret over *

Ambulant spesialisthelseteam kan bidra til å avdekke og vurdere risikoen men ikke nødvendigvis redusere

8. I hvilken grad vurderer du/dere at ambulant spesialisthelseteam kan bidra til et mer likeverdig behandlings- og oppfølgingstilbud for barn og unge med høy risiko for å skade andre? *

	I liten grad	I stor grad	Vet ikke
Spørsmål	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9. Utdyp svaret over *

Mens ambulant spesialisthelseteam vil kunne ha oversikt over ulike områders behandlings- og oppfølgingstilbud, og at de kan dele den informasjonen om hvordan ulike områder jobber med planlegging og bruk av ressurser, er faktisk ressursbruk avhengig av lokale forhold og om de ulike områdene er i stand til å kunne prioritere dette tilbudet. Det vurderes at ambulant spesialisthelseteam vil ha lite innvirkning på dette.

10. Vurderer dere at målgruppen (barn og unge med høy risiko for å skade andre fra 10-18) vil bli henvist til tilbudet? Hvilke utfordringer ser dere eventuelt ved den skisserte henvisningsprosessen? *

Prioriteringsveiledere ligger opp til at målgruppen kan henvises
Hvis Det er usikkert om målgruppen vil bli henvist. Utfordring: hvis tjenesten er avhengig av inngang til PHBU, er det en risiko for at teamet er frakoblet andre relevante kommunale tjenester, eller Bufetat
Sikkerhetspsykiatri
Ut fra beskrivelsen er dette barn som allerede favnes av prioriteringsveilederen for psykisk helsevern for barn og unge. Om de henvises eller ikke vil avhenge av om det finnes lokale ressurser som kan ivareta samme oppgave.

Innspill etter kapitteinndeling

11. Anbefalt tiltak: Pilotere ambulant spesialisthelseteam

At ett helseforetak (HF) får ansvar for å pilotere ambulant spesialisthelseteam i 2-3 geografisk avgrensede områder kan være overkommelig, men et sentralisert nasjonalt teams kjennskap til lokale tilbud - på nasjonalt nivå - vil være meget begrenset.

Det skrives på side 22 at "2033: Løsningen overføres som ordinær helsetjeneste...Etter prosjektperioden bør tjenesten overføres til ordinære helsetjenester." Piloten må evalueres grundig før beslutning om eventuell videreføring tas. Dokumentet gir inntrykk av at man er overbevist om at nasjonal implementering er riktig uavhengig av hva evalueringen viser om effekten og gjennomførbarhet av tiltaket.

Under "Vurdere inntak, Eksklusjonskriterier" bør det, for å sikre felles forståelse, spesifiseres "lav til moderat risiko for ny/gjentakende utøvelse av vold og/eller SSA som helle bør behandles i PHBU...". Teksten nå kan misforstås som om PHBU skal jobbe med barn med lav til moderat risiko for uhelse eller utvikling av psykiske vansker. (PHBU har lett for å tenke på prioriteringsveileder når det gjelder "prioriteringskriterier" og "eksklusjonskriterier"). Det er viktig at alle aktører er enige om ansvarsområder for å sikre at pasienter får et tilbud på riktig sted/nivå.)

Under "Vurdere inntak, Eksklusjonskriterier" står det at "Frist for pasienter som gis rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten, anbefales satt til 3 måneder på gruppenivå." Her bør det spesifiseres "...maksimum 3 måneder..." og at det vil være viktig i fastsetting av fristen, at man gjør en individuell vurdering av risiko samt eksisterende tjenester mtp. både forebygging og beskyttelse i tilfelle man burde initiere saken tidligere.

Under "Evaluere" står det "Det anbefales at det avsettes egne ressurser til å jobbe med måling og evaluering av tjenesten." Hvem er det som skal gjennomføre de ulike evalueringene? Senere skrives det at i tillegg til fagpersoner, vil det være behov for "administrativt ansatte, ansatte til forskning og evaluering, samt ledere." Er disse inkludert under "kostnader" på side 43?

Under "Personell og rekruttering" skisseres det bruk av 9 årsverk på kun 40 pasienter. Det er tvilsomt at det er effektiv ressursbruk.

Under "Mangel på Helsepersonell" står det "Ved å tilby fagspesifikk støtte og veiledning til lokale tjenester kan ambulant spesialisthelseteam bidra til å redusere ressursbruken lokalt ved at tjenestene jobber mer systematisk og kunnskapsbasert. Teamet kan også bidra til å avlaste presset på øvrig spesialisthelsetjeneste." Den fagkompetansen som trenges i ambulant spesialisthelseteam overlapper med kompetansen som finnes i dag i PHBU og opprettelse av slike team vil kunne tappe PHBU for verdifulle ressurser.

Helsekartleggingsteam-overlapp

12. Målsetning

13. Målgruppe

Det står "Målgruppen for ambulant spesialisthelseteam er barn og unge i alderen 10-18 år med høy risiko for ny eller gjentakende utøvelse av vold og/eller skadelig seksuell atferd (SSA), og mistanke om en eller flere av følgende tilstander...Utviklingsforstyrrelser, autismetilstander, mistanke om gjennomgripende forstyrrelser/tilstander (Helsedirektoratet, Utviklingsforstyrrelser)". Terminologien her må tydeliggjøres, da det kan omfatte både "gjennomgripende utviklingsforstyrrelser" (ICD-10 F84)", "spesifikke utviklingsforstyrrelser" (ICD-10 akse 2) og mye annet man måtte mene er tegn på forstyrret utvikling (f.eks. psykisk utviklingshemming m.m.). Menes det kun gjennomgripende utviklingsforstyrrelser (som egentlig omfatter "autismetilstander" og som ikke trengtes å spesifiseres i listen)? Tydelighet vil være viktig for å sikre at det ikke feilaktig ekskluderes pasienter som bør få et tilbud.

Samme målgruppe som PHBU

Det står ingenting om ungdommer som ikke er innenfor PHBU sitt prioriteringsområde. Dette utgjør en stor gruppe ungdommer, og det vurderes ofte å være tilfeldig hvilke ungdommer som fanges opp og henvises til PHBU.

14. Utfordringsbildet

Det er sentralt at all tilgjengelig informasjon samles/innhentes for å unngå at ungdommen og systemet utsettes for samme spørsmål og samme utredninger mange ganger og unngå dobbeltarbeid. Her er det mange ulike instanser som kan bidra til både informasjonsinnhenting og kartlegging. Et slikt team vil måtte samarbeide med mange ulike lokale organiseringer, og må være svært fleksible for å kunne tilpasse seg lokale forhold. Viser ellers til høringssvar fra Helse Sør-Øst, og stiller oss bak denne.

15. Alternative muligheter

Det støttes at det vil etter pilotperioden vurderes om tjenesten skal organisere seg som nasjonal, regional eller fler-regionalbasert på tilstrekkelig faglig grunnlag.

Eventuelt kan dette bidra i form av tilgjengelige ressurser til allerede eksisterende lokale ambulante team.

16. Kostnader

Dette synes å være et svært kostbart tiltak, både med tanke på økonomi og reisevirksomhet, men også med tanke på faglige ressurser som må hentes fra andre områder.

17. Gevinster

Viser til høringssvar fra Helse Sør-Øst som vi støtter på dette punkt

18. Forutsetninger for vellykket gjennomføring

Det står at "Pilotprosjektet bør ha særskilt finansiering for å kunne gjennomføres som planlagt, uten å gå på bekostning av eksisterende tjenester. Etter prosjektperioden kan midlene overføres til ordinære driftsbudsjett i ansvarlig HF." Her må det sikres forutsigbart, årlig tilskudd til budsjettene for å kunne planlegge og dimensjonere ressursbruk på best mulig måte.

Generelle innspill

19. Øvrige eller mer overordnede innspill til konseptforslaget?